

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PHAGÉDÉNISME CUTANÉ Post-Opératoire

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1939
par

ACQUAVIVA Marcel

NÉ LE 6 JUIN 1911 A CONSTANTINE (ALGÉRIE)

JURY

MM. COSTANTINI, <i>Professeur de clinique chirurgicale</i>	Président
CABANES, <i>Professeur de clinique gynécologique</i>	Juges
FERRARI, <i>Agrégé (chirurgie)</i>	
KOEHL, <i>Chargé des fonctions d'agrégé (Histologie et Embryologie)</i>	

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1939 — N° 34

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PHAGÉDÉNISME CUTANÉ Post-Opératoire

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1939

par

ACQUAVIVA Marcel

NÉ LE 6 JUIN 1911 A CONSTANTINE (ALGÉRIE)

JURY

MM. COSTANTINI, *Professeur de clinique chirurgi-
cale*

Président

CABANES, *Professeur de clinique gynécologi-
que*

FERRARI, *Agrégé (chirurgie)*

Juges

KOEHL, *Chargé des fonctions d'agrégé (Histo-
logie et Embryologie)*

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBLANC (*, ☞, I. ☞).
Doyen honoraire	HERAIL (*, I. ☞).
Assesseur	COSTANTINI (O. *, ☞, I. ☞).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. *, ☞, I. ☞).
Clinique gynécologique	CABANES (*, ☞, I. ☞).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. *, ☞, I. ☞).
Botanique et matière médicale	FOURMENT ((I. ☞, ☞, O. *).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ☞).
Médecine légale	GIRAUD (O. *, ☞, I. ☞).
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. *, ☞, I. ☞).
Anatomie	LEBLANC (*, ☞, I. ☞).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. *, ☞, I. ☞).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (*, ☞, I. ☞).
Chimie biologique et médicale	GIBERTON (*, A. ☞).
Pharmacie	MUSSO (*, I. ☞).
Bactériologie	PINOY (*, I. ☞).
Clinique psychiatrique	POROT (I. ☞).
Physique médicale	PORTES (*, ☞, I. ☞).
Anatomie pathologique	MONTEPELLIER ((I. ☞).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (*, ☞, I. ☞).
Parasitologie et zoologie médicale	SEVENET (☞, I. ☞).
Physiologie	TOURNADE (O. *, ☞, I. ☞).
Hygiène, hydrologie et climatologie	BENHAMOU (*, ☞, A. ☞).
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNDSCHENDORFF (I. ☞).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (*, ☞, I. ☞).
Histologie Embryologie	BENOIT (A. ☞).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, ☞, I. ☞).	MM. HERAIL (*, I. ☞).
WEBER (*, ☞, I. ☞).	COURRIER (*, ☞, I. ☞).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (*, ☞, I. ☞), agrégé perennisé (Obstétrique).	M. RIBET (☞, I. ☞), agrégé perennisé (Anatomie).
--	--

CHARGÉ DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. ABOULKER (*, ☞, I. ☞).
---	---------------------------

AGREGES

Médecine	MM. N...
Histologie	N...
Chirurgie	N...
Accouchements	N...
Médecine	LACROIX (A. ☞).
Chirurgie	MOGGI (*, A. ☞).
Anatomie pathologique	SABADINI.
Anatomie	N...
Chimie médicale	N...
Histoire naturelle pharmaceutique	N...
Physiologie	ROQUES (A. ☞).
Pharmacie	N...
	MONNET.

AGREGES LIBRES

Physiologie	}	BATTEZ.
Chirurgie		DUBOUCHER (I. ☞).
		FERRARI (I. ☞).

NOTA. — La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et, selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

A MON PERE ET A MA MERE

*Faible témoignage de ma
reconnaissance filiale.*

A MA SŒUR

AUX MIENS

AU DOCTEUR A. CHIARELLI

*En souvenir de nos années
d'études communes.*

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. COSTANTINI

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine*

*Vous avez bien voulu nous
inspirer le sujet de cette thèse.*

*Vous nous avez toujours ac-
cueilli avec la plus grande
bienveillance.*

*Veuillez croire à toute notre
admiration et soyez assuré de
notre vive gratitude pour le
grand honneur que vous nous
faites en acceptant de présider
le Jury de cette thèse.*

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CABANES
Professeur de Clinique Gynécologique

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERRARI
Professeur agrégé de Pathologie externe

MONSIEUR LE DOCTEUR KÖEHL
Agrégé d'Histologie

En hommage respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Je dédie cette thèse

Justification du Titre

Ce travail traite de la gangrène cutanée progressive post-opératoire, appellation que nous devons à TIXIER et POLLOSSON.

Cette affection est sans doute assez rare, mais bien moins qu'on ne le pensait au début.

Il est certain que beaucoup de chirurgiens ont observé cette complication dont ils n'ont osé publier l'histoire, ne sachant trop, à quel cadre nosologique la rattacher.

Depuis peu, du moins en France, cette affection a été l'objet de plusieurs rapports ou observations, et c'est à la suite d'un très beau cas, observé et publié par notre Maître le Professeur COSTANTINI, que nous entreprenons ce travail.

Mais le terme « Gangrène cutanée progressive post-opératoire », fera place ici à celui, beaucoup plus juste de : « Phagedenisme cutané post-opératoire ».

Voici en quels termes s'exprime le Professeur COSTANTINI, qui employa le premier cette nouvelle appellation :

« A la vérité nous n'avons jamais aimé la facheuse appellation de gangrène cutanée post-opératoire progressive de la peau, adoptée par STEWART WALLACE, répétée par MELENEY, TIXIER et aussi par SANTY. Lorsqu'on lit leurs descriptions, on s'aperçoit, en effet, que le terme de gangrène s'applique assez mal à la lésion. C'est, disent les uns et les autres, un bourrelet œdémateux qui la caractérise.

Ce bourrelet est bordé d'un liséré purpurique, explique TIXIER, mais TAVERNIER montre qu'il est plus juste d'indiquer que ce bourrelet est rouge, anthracoïde, qu'il présente, de place en place, des tâches ecchymotiques pouvant être qualifiées de purpuriques. C'est enfin, et seulement, le versant interne du bourrelet, celui qui répond à la plaie centrale, qui est fait de tissus sphacelés.

A vrai dire, cette curieuse et, heureusement assez rare affection, présente trois caractères essentiels ; d'abord la destruction progressive de la peau : nous appellerons « Phagedénisme » ce premier caractère. Ce terme, bien connu des dermatologistes, indique, dans sa brièveté, cette propriété particulière de « dévorer » les tissus et FOURNIER en donne la définition suivante :

« Une ulcération est dite phagédénique quand elle
« prend un caractère anormalement extensif, dépassant considérablement les limites habituelles et devenant absolument, ou relativement, rebelle aux
« agents thérapeutiques ».

Deuxième caractère : limitation au seul revêtement cutané du processus de destruction.

Troisième caractère : Apparition de la lésion à la suite d'une opération de drainage (Pleurésie purulente, abcès appendiculaire).

On comprendra qu'à la terminologie classique, nous proposons de substituer celle que nous avons adoptée pour titre de ce travail : « Le Phagédénisme cutané post-opératoire ».

BAUMGARTNER, d'ailleurs, se range à notre avis : « Le terme de phagédénisme cutané, qu'emploie M. Cos-

TANTINI, traduit peut-être plus exactement, que celui de gangrène, l'aspect spécial de cette redoutable complication. Il y a, en effet, une destruction progressive de la peau, un envahissement ulcéreux et non pas une gangrène en masse, avec élimination d'escarre. On voyait, chez mon malade, la nécrose « ronger », chaque jour, une nouvelle portion de peau et la brèche s'étendre excentriquement ».

Historique

La première bonne description clinique de cette forme très particulière de complication post-opératoire, qu'est le Phagédénisme cutané post-opératoire, date de 1924. Elle est due à un auteur américain, CULLEN, qui rapporte une observation typique : secondaire à un drainage d'un abcès viscéral, probablement d'origine appendiculaire.

Avant ce travail, LOISON en 1906, CARINI, DABORN et HEYMAN en 1912, HEYMAN et RICOU en 1916, enfin BORELLI en 1923, avaient publié des cas de phagédénisme cutané post-opératoire ; mais il semble bien que, dans toutes les observations antérieures à celle de CULLEN, l'agent déterminant ait été l'amibe histolytique et comme le traitement amibien par l'emetine ne date que de 1912, cette thérapeutique ne semble pas avoir été essayée dans ces divers cas. Le cas de BORELLI semble être dû à l'action de la teinture d'iode (LIEDBERG).

Depuis la première communication de CULLEN, les observations publiées se sont rapidement multipliées. Ce sont, surtout, les auteurs américains et allemands qui ont eu l'attention attirée sur cette affection.

Parmi les nombreuses publications américaines, il faut mettre à part les travaux de MELENEY ; cet auteur, en effet, en plus de l'apport de plusieurs observations, a cherché à savoir quelle était la pathogénie de cette affection ; et sa théorie, si séduisante, de symbiose microbienne, est encore admise par la plupart des auteurs. Par des examens répétés, et dans des conditions différentes, par des cultures en milieu aérobie et anaérobie, il a montré qu'il y avait associa-

tion entre un streptocoque micro aérophylque hémolytique et un staphylocoque doré hémolytique. Il a, de plus, employé la méthode expérimentale : injectant à des animaux, tout d'abord, les microbes séparément : il n'obtint rien ; au contraire à la suite d'injection mixte, il se développa un phagédénisme cutané semblable à celui de l'homme.

En dehors de ce travail de MELENEY, il existe un assez grand nombre de publications de cas isolés.

Parmi les principales communications postérieures à MELENEY, notons LYNN qui réunit 30 cas en 1921, HORSLEY en 1932, STEW WALLACE qui réunit, en 1935, 37 observations ; LIEBERG, 40 en 1936 ; SUSSI, 41 en 1937.

En France, ce sont TIXIER et POLLOSSON qui ont découvert, les premiers, cette complication, en 1936. Après eux TAVERNIER, SANTY, BEC et JAUME, COSTANTINI et LIARAS, MADIER, BARBIER, BAUMGARTNER et enfin WILMOTH (adressé par WERTHEIMER), ont publié des cas de phagédénisme cutané post-opératoire.

Grâce à ces nombreuses publications, la question semble être assez connue : au point de vue clinique, du moins, où elle paraît être une véritable entité clinique. La Pathologie semble encore assez obscure, malgré les recherches bactériologiques de MELENEY.

Plan

Dans ce travail, nous parlerons, tout d'abord, de l'anatomie pathologique qui, malheureusement, n'a été que très peu étudiée.

Nous esquisserons, ensuite, la clinique du phagédénisme cutané post-opératoire. Dans ce chapitre, nous ferons entrer l'étiologie, les symptômes, les formes cliniques, le diagnostic positif et différentiel de cette affection.

Nous aborderons ensuite un chapitre beaucoup plus complexe, celui de la pathogénie de cette complication ; sans avoir la prétention, du reste, de faire la lumière sur la question.

Puis, nous envisagerons la destinée des malades rongés par le phagédénisme cutané : le chirurgien étant interventionniste ou non. Nous aurons alors, un pronostic tout à fait différent, suivant la méthode employée.

Après le pronostic, nous parlerons du traitement du Phagédénisme cutané post-opératoire ; nous citerons les principaux moyens médicaux essayés en vain et montrerons que, seul, le traitement chirurgical peut sauver le malade.

Nous continuerons par la pièce fondamentale de notre travail : les observations.

Nous en avons recueilli soixante dix.

Nous mettrons en premier, et in extenso, le « *primum movens* » de cette thèse : le cas observé par le Professeur COSTANTINI dans son service de l'Hôpital de Mustapha.

En second, et toujours intégralement, nous donnerons l'observation de CULLEN.

Nous ferons ensuite un résumé des soixante huit autres cas, regrettant de n'avoir pu nous procurer tous les cas de Phagedenisme se trouvant dans la littérature ; nous en donnerons, d'ailleurs, une bibliographie succincte et nous classerons ces observations, suivant leur localisation, sur le thorax ou l'abdomen.

Nous verrons, d'autre, part, quatre cas analogues mais ne succédant pas à des opérations thoraciques ou abdominales :

Un à la suite d'une pharyngotomie (COLLEDGE).

Un deuxième : à la suite d'une incision dans l'aisselle,

Un troisième : à la suite d'un panaris,

Un dernier, enfin, à la suite d'un simple bouton de la cuisse.

Nous terminerons notre travail par une conclusion qui rappellera les principales caractéristiques de cette assez rare, mais très grave, complication post-opératoire.

Anatomie Pathologique

Peu d'Auteurs ont étudié l'anatomie pathologique de cette complication post-opératoire.

Parmi ceux qui ont abordé cette question, citons :

- Professeur MONTPELLIER, à propos de l'observation du Professeur COSTANTINI.
- TIXIER et POLLOSSON.
- PERGOLA-ROSENFELD.
- POERTCKE
- COLLEDGE.
- WILLMOTH (WERTHEIMER).

Voici les résultats de leurs recherches :

Professeur MONTPELLIER :

« Examen histologique d'un fragment prélevé, élimine toute idée de cancer. Caractères d'une inflammation suppurative sans caractère bien particulier ».

TIXIER et POLLOSSON :

« Inflammation aiguë disséquante avec infiltration très abondante de polynucléaire, jusque dans la profondeur du derme. Mais rien ne permet de donner une étiologie à cette inflammation aiguë ».

PERGOLA-ROSENFELD :

L'examen histologique ne décèle rien de particulier.

POERTCKE :

Macroscopiquement : nécrose allant jusqu'au tissu graisseux sous-cutané.

Microscopiquement : caractère d'une inflammation suppurative aiguë banale.

COLLEDGE :

Granulations inflammatoires banales et petits abcès.

WILLMOTH (WERTHEIMER) : *Examen d'un fragment* :

— Tissu fibro hyalin dense avec, dedans, des traînées de polynucléaires, plus ou moins dégénérés, en voie de suppuration ; par endroits, quelques débris épithéliaux, mais on n'a pas l'impression d'un néoplasme secondairement transformé par l'inflammation.

En somme, tous les auteurs sont d'accord sur l'anatomie pathologique de cette affection : caractères d'une « inflammation suppurative aiguë banale ». Ce n'est donc pas l'histologie qui nous permettra de découvrir l'étiologie du phagédénisme cutané post-opératoire.

La Clinique

Etiologie

Le phagédénisme cutané post-opératoire est une complication extrêmement rare, à la suite d'opération sur les cavités endothéliales ; le plus souvent, il survient à la suite d'opérations pour abcès appendiculaires et pour pleurésie purulente. Il apparaît alors à la suite du drainage de l'abcès.

La lésion commence toujours au point où la peau a été piquée par les aiguilles, lors des sutures, ou autour du drain et, particulièrement, autour de l'orifice de passage du fil de fixation.

A la fréquence du phagédénisme cutané post-opératoire, après drainage, s'oppose la rareté de cette affection post-opératoire après les opérations aseptiques. Nous ne retrouvons qu'un seul cas, soi-disant aseptique : celui de STÖHR et encore là, la plaque de gangrène semble avoir eu, pour point de départ, l'orifice de passage d'un crin de suture.

Le terrain, incriminé par quelques auteurs, ne paraît pas exercer une influence primordiale. Le sexe masculin est nettement plus atteint que le sexe féminin. La majorité des cas concernent des personnes approchant de la cinquantaine ; les enfants en sont exempts.

Le rôle de la syphilis, du diabète, de l'alcoolisme, semble extrêmement réduit.

L'origine réelle du phagédénisme cutané post-opératoire paraît résider dans une infection secondaire de la plaie opératoire, venant soit de l'extérieur, soit surtout, de l'intérieur.

Symptomes

Un « intervalle libre », sans signes cliniques spéciaux, sépare toujours l'acte chirurgical du moment où apparaissent les premières manifestations de phagédénisme.

Cet intervalle est, le plus souvent, de sept à quinze jours ; il peut être plus ou moins long.

C'est donc un accident relativement précoce.

DEBUT.

Sur le bord de la plaie, autour du drain de préférence ou souvent, aussi, au point d'émergence d'un crin (celui qui fixait le drain), on voit apparaître une tâche erythémateuse, parfois purpurique, qui s'élève, en un ou deux jours, pour former un module bientôt violacé, furonculoïde ou même anthracoïde. Vers le centre, du côté du drain, l'aspect est bourbilloneux, noirâtre, escarrotique.

Cette petite plaque de sphacèle reste généralement adhérente et s'étend de manière continue, excentriquement, pour atteindre, en dix ou quinze jours, les dimensions d'une paume de main avant de s'éliminer par lambeau, en laissant, à nu, une large plaie.

Le tout est douloureux le plus souvent, mais ne s'accompagne pas généralement d'une température élevée (38°).

ETAT.

Bientôt, dès que la plaie a atteint quelques centimètres de diamètre, son aspect devient caractéristique avec trois zones distinctes.

1° Une zone initiale sphacelique :

La plaque escarrotique est, d'abord homogène, de coloration noire, un peu humide. Plus tard, elle se ramollit en son centre et disparaît, en grande partie.

Elle laisse alors, à nu, une ulcération assez irrégulière formée d'un tissu rouge de granulations plus ou moins bourgeonnantes, parfois d'aspect anthracôïde, ulcération souvent sanieuse, généralement non fétide.

Cette ulcération ne creuse jamais très profondément (exception pour le cas de BAUMGARTNER) ; elle détruit toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, mais elle respecte les aponévroses superficielles qui transparaissent, parfois, sous la sanie.

2° Le sillon périphérique, généralement bien tracé, est saillant, en tous points, au sillon d'élimination des gangrènes ischémiques.

3° Le bourrelet marginal forme le versant externe du sillon ; il est rouge, brillant ou violacé, mesure 1 ou 2 cm de large, mais ne fait qu'une faible saillie.

En dedans, il s'abaisse en pente assez abrupte sur le sillon et est, habituellement, décollé.

Il renferme, assez souvent, de petits abcès nécrotiques. En dedans, il s'estompe en pente douce et sa coloration diminue progressivement vers la peau saine, en une auréole d'un rouge plus ou moins cyané.

notique, souvent purpurique, d'aspect érysipélateux, qui atteint 1 ou 2 c^m de largeur.

SIGNES FONCTIONNELS.

Cette complication s'accompagne de douleurs locales intenses qui sont, souvent, le premier symptôme. Presque tous les malades ont insisté sur leur violence et leur persistance. Elles se traduisent par une sensation de cuisson sur la zone ulcéreuse et par des sensations de névralgie sur le trajet des nerfs passant à ce niveau.

Ces douleurs, retentissant sur l'état général, peuvent entraîner une insomnie complète et rendre la vie impossible au malade.

SIGNES GENERAUX.

Cependant ce phagédénisme ne s'accompagne que de peu de symptômes associés. La température est rarement élevée ; elle oscille aux alentours de 38°.

L'état général reste longtemps peu touché ; cependant, peu à peu, le malade est abattu par la douleur et se laisse aller au découragement : l'extension continue des lésions atteignant fortement son moral.

EVOLUTION.

Il est peu d'affections cutanées dont la progression soit plus désespérante, quel que soit le traitement médical employé.

D'une façon continue, rarement par bonds, l'ulcération s'étend, en général, dans tous les sens à la fois ; poussant assez souvent plus rapidement dans une direction, devenant ainsi ovulaire.

Ses contours ne sont pas très réguliers et peuvent être déchiquetés parfois en « carte de géographie ».

La vitesse d'extension varie d'un malade à l'autre ; elle est de 2 à 10^{mm} par jour.

Ainsi, suivant l'évolution, on distinguera des formes aiguës : graves, des formes lentes : de pronostic moins sombre.

La perte de substance arrive ainsi à recouvrir de larges surfaces : tout l'abdomen, tout le dos etc...

Parfois, en même temps que la gangrène s'étend excentriquement : au centre, se fait un début d'épidermisation irrégulière ; mais jamais, on ne vit de cicatrisation spontanée complète.

Si l'on ne se décide pas à l'exérèse indispensable, l'appétit disparaît, les forces déclinent, la température s'élève et la mort survient, dans la cachexie la plus complète, après un calvaire effroyable ; elle peut survenir avant, accélérée par une affection intercurrente.

Le phagédénisme cutané post-opératoire, est loin d'avoir toujours ce même aspect clinique et suivant l'importance de la zone ulcéreuse ou de la zone gangréneuse, suivant la rapidité d'évolution, suivant la localisation, on pourra envisager divers types cliniques.

FORMES CLINIQUES.

1° *Suivant l'importance de la zone gangréneuse ou ulcéreuse :*

a) *Forme gangréneuse proprement dite.*

La plaque de sphacele forme une surface noirâtre étendue, rappelant, en tous points, la gangrène des

membres (observation de TIXIER et POLLOSSON). La zone gangréneuse est très adhérente aux plans sous-jacents ; elle est longue à se liquéfier en son centre.

b) Forme ulcéreuse.

La surface gangréneuse est très réduite et se limite aux rebords de l'ulcération ; cette dernière prend, alors, une très grande importance. Les observations de COSTANTINI - LIARAS et CULLEN, en sont des types parfaits.

CULLEN, d'ailleurs, n'a jamais employé le terme de gangrène, mais celui d'« Ulcère progressif envahissant de la paroi abdominale ».

2° *Suivant l'évolution :*

a) Formes aiguës :

L'ulcération, progressant très rapidement et, prenant des proportions très fortes en peu de temps : dans ces formes, le chirurgien doit prendre rapidement une décision.

b) Formes lentes :

L'ulcération ne progresse que lentement, l'affection traîne en longueur. Ici, on aura plus de temps pour sauver le malade ; mais il faut, cependant, en arriver au seul moyen thérapeutique : l'excision au bistouri électrique.

3° *Suivant la localisation :*

Dans la majorité des cas, cette complication frappe les opérations portant sur le tube digestif abdominal. Au premier rang, il faudra citer les interventions pour appendicite aiguë avec abcès ou gangrène, puis les opérations sur les colons ; viennent ensuite, les interventions concernant les cholecystites aiguës, les abcès sous phréniques. En outre de ces opérations sur

l'abdomen en milieu septique, on peut relever des interventions pour ulcère peptique perforé.

Cependant, en dehors de ces nombreux cas d'opérations sur le tube digestif il faut citer aussi des cas de pleurésie purulente traitée par pleurotomie, un cas d'incision exploratrice cervicale pour cancer du pharynx.

Pour être complet, citons trois cas de phagédénisme cutané à caractère progressif, assimilable aux types les plus caractéristiques, succédant, l'un à un furoncle de l'aisselle, l'autre à un panaris, le dernier, enfin, à un simple bouton de la cuisse.

L'évolution du phagédénisme cutané post-opératoire, ne semble pas influencée par la localisation : que ce soit l'abdomen, le thorax ou toute autre partie du corps.

Dans tous les cas, il semble bien s'agir de la même maladie.

DIAGNOSTIC POSITIF.

Le diagnostic en est facile.

Le phagédénisme cutané post-opératoire, comme nous l'avons déjà vu, survient habituellement après le drainage d'un abcès viscéral ou d'une pleurésie purulente ; il apparaît, en général, une à deux semaines après l'opération, débute sur les bords de la plaie, présente une zone sphacélée noire ou grise entourée d'un liséré purpurique et d'une zone rouge brillante ou violacée. Il s'accompagne, le plus souvent, de douleurs. Enfin, il se caractérise par sa réponse au traitement chirurgical.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

Par son étiologie, par son aspect clinique, par ses caractères évolutifs autonomes, le phagédénisme cutané post-opératoire est d'un diagnostic aisé.

On ne saurait le confondre, ni avec la gangrène gazeuse, ni avec l'érysipele gangréneux qui sont des processus aigus.

Parmi les affections chroniques, on fera le diagnostic avec :

1° *L'ecthyma gangréneux* : survient chez des enfants ayant une santé précaire. Les cas d'adultes, décrits, étaient tous des délabités par colite ulcération ; il est dû à un streptocoque hémolytique.

2° *L'ulcère phagédénique des pays chauds* : il est moins extensif et a une forme beaucoup plus circulaire.

Il présente un bourrelet à pic avec sa zone inflammatoire. De plus, il y a son odeur caractéristique et la couenne qui la recouvre. Nous avons, bactériologiquement, l'association fuso-spirillaire de VINCENT, et, en dernier, signalons que l'intervention chirurgicale est, la plupart du temps, désastreuse.

3° *L'amibiase cutanée* : c'est sûrement le diagnostic le plus délicat.

L'amibiase cutanée a des bords plus polycycliques. L'amibe ronge la peau qui reste saine très près de l'ulcération, et la suppuration, a la fameuse couleur chocolat, venant tout simplement du suintement sanguin mélangé aux amibes et aux débris sphacelés.

De plus, un grattage à la curette, dans un des petits

golfes cutanés, ramène des milliers d'amibes hémato-phages, très faciles à différencier au micro, très vivantes, très mobiles.

Enfin, et surtout, une seule injection intra-musculaire d'émetine (0,12 à 0,16) arrête net le processus.

4° *Le phagédénisme du chancre mou* : mais cette complication survient le plus souvent à la suite de l'ouverture chancrellisé d'un bubon. De plus, on trouve le bacille de DUCREY.

5° *Le phagédénisme chancrelleux* : BROcq et CLEMENT SIMON, parlant du phagédénisme en général, reconnaissent l'existence d'ulcération phagédénique relevant de la syphilis, mais ils distinguent d'autres cas où le processus ulcéreux, d'ordinaire plus rapidement extensif et plus abondamment suppurant, est étranger à la syphilis et dépendrait d'infections microbiennes associées ; c'est dans ce groupe qu'il faut ranger le phagédénisme chancrelleux. Les microbes en cause seraient le streptocoque et le staphylocoque auquel JULIEN donne le rôle prépondérant étant donné les propriétés nécrosantes bien connues de ce germe.

6° *Les gangrènes spontanées* : telle que la gangrène à bacillus gangrenae cutis de MILLIAN et NATIVELLE. La présence du bacille, ainsi que l'étiologie de l'affection, emporteront le diagnostic.

7° *Infections avec organismes spécifiques* : les bacilles de la tuberculose et de la diphtérie, le groupe actinomycose, les leishmanioses, pourraient être des causes possibles de phagédénisme, facile à éliminer par la bactériologie.

En somme, le seul diagnostic pouvant présenter quelque difficulté, et encore, là aussi, la bactériologie

tranchera la question, est celui de l'amibiase cutanée.

Il faudra donc, en présence d'un cas de phagédénisme cutané post-opératoire, toujours rechercher une dysenterie amibienne larvée possible et ignorée jusque là.

P. S. — Nous devons à l'amabilité de Monsieur le Médecin-Général BOTREAU-ROUSSEL, les notes sur l'ulcère phagédénique et l'amibiase cutanée.

Pathogénie

Le mécanisme du phagédénisme cutané post-opératoire n'est pas encore nettement déterminé. Il ne s'agit évidemment pas de nécrose par oblitération artérielle. Les deux grandes notions du terrain et du virus, qui dominent la pathologie depuis un demi-siècle, seront, là aussi, primordiales.

E, tout d'abord, le terrain :

Quand cette complication atteint le thorax, c'est à la suite d'intervention pour suppuration pulmonaire ; les malades, sont des débilités, des individus à résistance diminuée.

Pour les abdominaux, il en est de même ; cette complication se produit, presque toujours, à la suite d'appendicite gangrèneuse, d'ulcère perforé ; donc, en milieu septique et chez des sujets ayant un mauvais état général.

Le phagédénisme cutané post-opératoire relève aussi de microbes, Parmi ceux que l'on retrouve le plus souvent (MELENEY), citons :

Le streptocoque : la gravité des infections à streptocoque est très connue ;

Le staphylocoque : ses propriétés nécrosantes sont très connues des dermatologistes.

Etant donné la fréquence des spirilles dans les suppurations pulmonaires et aussi à la suite du traitement par le *Salvarsan* qui avait amené une amélioration passagère chez le malade du Professeur COSTANTINI, on s'est demandé si, pour les opérations sur le thorax, les spirilles ou l'association fuso-spirillaire ne jouaient pas un rôle primordial.

Pour le moment, la théorie de MELENEY est la plus en faveur auprès des différents auteurs. Il a assigné à cette curieuse complication, une sorte de spécificité bactériologique : association d'un streptocoque micro aérophilique et d'un staphylocoque doré hémolytique.

Il est certain que, dans un nombre assez important d'observations, cette association microbienne a pu être incriminée.

La conception pathogénique de MELENEY est la suivante : dans la zone extensive, on trouve du streptocoque isolé, non hémolytique, faiblement anaérobie (streptocoque microaérophilique de MELENEY) qui correspond, peut-être, à une variété de streptocoque intestinal décrit par PRÉVOST (An. Inst. Pasteur 1925 XXXIX, 417-447).

Ce microbe fait, en quelque sorte, le lit du phagédénisme qui résulte de son action combinée avec celle d'un staphylocoque doré hémolytique que l'on voit associé, dans la zone nécrotique.

La nécessité d'un état symbiotique serait démontrée par ce fait que l'injection isolée de l'une ou de l'autre culture, ne provoquerait aucun phagédénisme, a'ors que l'injection mixte la déclancherait.

En réa'ité, les germes isolés n'auraient qu'une faible virulence ; ils seraient sans effet sur le chien et le cobaye. Les meilleurs résultats seraient obtenus chez le rat, à condition de ne pas employer des doses élevées, mais de petites doses répétées, comme si ce phagédénisme cutané n'était produit que par sensibilisation : réalisant, ainsi, un véritable phénomène d'ARTHUS.

La théorie de MELENEY est assez séduisante mais il n'en est pas moins vrai que le phagédénisme cutané est rare, tandis que l'association strepto-staphylocoque est très fréquente. Faut-il alors invoquer un facteur bactériologique inconnu ?

Peut-être, faut-il accorder une influence aux microbes divers qui accompagnent le plus souvent la symbiose strepto-staphylocoque : bacilles à gram positif, à gram négatif, pyocyanique, bacilles et cocci divers ?

N'y aurait-il pas un bacille intestinal spécifique ?

De plus, cette symbiose n'a pas toujours été retrouvée ; l'examen bactériologique n'a montré, parfois, que du streptocoque pur ou associé à un bacille gram négatif ou bien du staphylo pur (blanc ou doré), ou associé à un coli. Ailleurs, on a isolé du *Proteus Vulgaris*.

En dehors de cette théorie de MELENEY, d'autres auteurs ont pensé au catgut animal, cause possible de ce phagédénisme. Cette théorie est à rejeter car il y a eu de nombreux cas sans suture au catgut.

Enfin, n'y aurait-il pas là, simplement, comme nous en avons parlé à propos de la théorie de la symbiose microbienne, un phénomène de sensibilisation analogue au phénomène physiologique d'ARTHUS ?

Un doute donc, très net, subsiste en ce qui concerne la spécificité microbienne de cette complication cutanée post-opératoire. De nouvelles observations, avec examen très poussé, sont nécessaires pour que nous puissions nous faire une opinion définitive.

Les chirurgiens, les bactériologistes, les dermatologistes étant avertis, les recherches seront systématiques et, par cela même, plus précises ; en nous fai-

sant mieux comprendre la pathogénie du phagédénisme cutané post-opératoire, elles nous permettront, peut-être, de découvrir un moyen thérapeutique simple qui éviterait l'acte chirurgical, seule chance de salut du malade.

Pronostic

Le phagédénisme cutanée post-opératoire est une complication extrêmement redoutable devant laquelle des chirurgiens, non prévenus, peuvent se trouver déconcertés. Son apparition doit faire craindre le pire et le pronostic en est assez sombre.

La seule chance de sauver le malade réside dans l'excérèse large au bistouri électrique ; en un mot, dans l'acte chirurgical. Presque tous les malades traités de cette manière ont survécu, sauf quelques uns où l'intervention n'a été faite qu'à un stade avancé de cachexie.

Les cas heureux de SANTY, BARBIER où la guérison survint par traitement conservateur, ne font que renforcer cette idée ; car, pour la plupart des malades, l'abstention a entraîné la mort après un véritable « calvaire », suivant l'expression de Sussi.

Le sexe ne semble pas avoir d'influence sur le pronostic de la maladie, la localisation du phagédénisme non plus. L'âge semble avoir une part plus importante et il est assez évident que la vieillesse assombrit le pronostic.

Dans l'état actuel des choses, il faut donc savoir que le phagédénisme cutané post-opératoire, tout en étant une affection très grave, n'entraîne pas fatalement la mort et que si le chirurgien, averti de la question, fait un diagnostic précoce, il sauvera, à tout coup, son malade en intervenant, au début de la complication, au moyen d'une excérèse radicale des tissus nécrosés, en passant largement en tissu sain.

Et surtout, ne nous laissons pas de le répéter, il ne devra pas se laisser influencer par les quelques cas de la littérature ayant réagi au traitement médical.

Il se dictera une ligne de conduite interventionniste et, de cette façon, il aura tout fait pour sauver son malade.

Traitement

Il est impossible, pour le moment, de régler la prophylaxie de cette complication.

Cependant, MELENEY insiste sur la nécessité de ne pas suturer la peau, même en partie, autour d'un drainage d'abcès d'origine viscérale. Il a en effet constaté, dans presque tous les cas, que les plaies opératoires avaient été fermées partiellement, ce qui avait pu favoriser l'infection.

Le traitement médical du phagédénisme cutané post-opératoire est subordonné à la pathologie de cette affection et, comme celle-ci est plus ou moins obscure, il en découle qu'il n'existe pas de traitement spécifique de cette complication.

Passons en revue, les divers produits employés :

1. Le Dakin;
2. Le bactériophage (bactestaphyphage), qui a donné quelque résultat dans le cas du Professeur COSTANTINI ; mais, malheureusement, cette thérapeutique n'a pu être continuée en raison de la cherté du produit.
3. La poudre de 914;
4. Enveloppement à l'acide borique, au chlorure de sodium, au rivanol;
5. Saupoudrage au Rivanol;
6. Nitrate d'argent ; $\text{M N O}_4 \text{ K}$;
7. Air chaud;
8. Médication intra-veineuse : calcium, salvarsan, glucose;
9. Radiothérapie;
10. Vitamine A;

11. Anatoxine antistaphylococique ; vaccins ;
12. Traitement antimycosique à l'iodure de potassium ;
13. Rayons X ;

14. SANTY, à la suite d'une lecture allemande sur les radio dermites rebelles, a combiné les rayons ultra-violetts avec des attouchements au nitrate d'argent.

Cette technique consistait à badigeonner la plaie avec du nitrate d'argent à 2 % et, immédiatement après, à faire agir les rayons ultra-violetts pour décomposer in vivo la solution chimique qui laissait déposer à la surface de la plaie, l'argent réduit, sous forme d'un enduit noirâtre.

Il faut plusieurs séances analogues, d'après SANTY, pour obtenir un résultat, d'ailleurs très beau.

Enfin, d'autres auteurs ont employé l'insulinothérapie ; certains disent grand bien des injections de tartrate de potasse (SCHLINK).

Quant à nous, nous pensons que, sans s'attarder à la vaccinothérapie, à la chimiothérapie, aux antiseptiques locaux etc..., il faudra recourir, d'emblée, à l'exérèse large qui est le traitement de choix.

Il ne faut pas se contenter d'une simple thermocautérisation de la plaie, il y aurait récurrence sans aucun doute.

Sous anesthésie générale, en peau saine, au large, des lésions, à environ 2 centimètres, il faudra pratiquer une excision méthodique au « bistouri électrique » car lui, seul, nous donnera toutes les garanties.

En effet le scalpel employé par MELENEY est la cause d'hémorragie souvent fort ennuyeuses et, il est plus ou moins aseptique.

En profondeur, il est inutile de faire de grands délabrements, car le phagédénisme n'atteint pas le plan aponévrotique.

On surveillera attentivement, les jours suivants, les bords de la plaie pour **attaquer à nouveau, et là aussi** au bistouri électrique, la récidive toujours possible.

Mais quand, faudra-t-il employer ce traitement radical ? Le plus précocement possible. Il faudra intervenir dès que le diagnostic aura été posé ; on évitera, ainsi, toutes ces énormes ulcérations empiétant sur la plus grande partie de l'abdomen ou du thorax.

La cicatrisation de la surface cruentée, parfois fort longue, sera accélérée par l'emploi de greffes dermo-épidermiques. Elles pourront être employées peu de temps après l'exérèse ; dans un assez grand nombre d'observations, on a pu placer des greffes une dizaine de jours après l'excision. On emploiera, le plus souvent, des greffes type OLLIER-THIERSCH.

Cependant il faut retenir la méthode allemande préconisée par SANTY. On pourra l'employer tout au début, lorsqu'on aura la possibilité de combiner, facilement les badigeonnages au nitrate d'argent avec les séances d'ultra-violets.

Observations

OBSERVATION A

MM. H. COSTANTINI et LIARAS. — Le phagédénisme cutané opératoire. *Algérie Chirurgical*. Oct. 1038 p. 567-571.

S.... Emile, âgé de 46 ans, nous est adressé par le Professeur LEBON, pour abcès chronique de la base pulmonaire gauche évoluant depuis une dizaine de mois : l'abondance de son expectoration (250 à 300 cc de pus par jour) et la déchéance progressive de son état général ont décidé notre malade à se faire hospitaliser en Médecine. Son séjour y est de brève durée, car une intervention chirurgicale s'impose. Cependant au cours de ce séjour en Médecine, en dehors des renseignements concernant l'anatomie radiologique de l'abcès, qui sont banaux (abcès de moyenne dimension, postérieur de la base gauche), sont recueillies les indications suivantes :

- Température variable atteignant parfois 39°.
- Expectoration : pas de bacilles de Koch.
- Présence de nombreux cocci en chaîne ayant la morphologie du *streptocoque*, de *diplocoques*. , ,
- Pas de spirilles, pas de bacilles fusiformes ni de bacilles spirales ; ,
- Urines : pas de sucre ni d'albumine ;
- Urée : 0 gr. 41 °/° ;
- Wassermann et Hetch dans le sang : Négatifs.

Le 7 janvier, nous opérons le malade pour incision thoracique verticale postéro-externe. Resection de 3 cotes — ouverture d'abcès au cours de la même séance. Mise en place d'un gros drain.

Dans la semaine qui suit, amélioration locale et générale appréciables. L'expectoration cesse complètement, la température devient quasi normale.

Cependant, vers la fin de la semaine suivante (20 janvier) apparaît autour du drain, en particulier dans la région cutanée l'avoisinant au-dessous et en dehors, une lésion singulière, anthracôïde ; les téguments sont surélevés en une zone violacée qui va s'aplanissant vers la périphérie : à ce ni-

veau les téguments sont rosés de coloration, de moins en moins prononcés, pour se continuer progressivement avec le revêtement cutané normal. Vers le centre, du côté du drain, l'aspect est bourbilloneux.

Pendant quelques jours, on ne s'inquiète guère de cet état local qui ne s'accompagne que d'une élévation de température modérée (maximum de 38°) et d'aucune douleur.

Cependant, au bout d'une dizaine de jours, la lésion qui s'est étendue a pris l'aspect d'une ulcération ovalaire, de 10 cm. sur 5 cm., à bords irrégulièrement découpés, surélevés, violacés, toujours antracoïde ; le reste de l'ulcération a un aspect sanieux, sphacélique.

En raison de ce curieux aspect et de la résistance aux médications désinfectantes banales (dakin en particulier) nouvelle réaction de Wassermann : elle est négative. Malgré l'absence de spirilles constatée dans l'expectoration avant l'opération, on se demande si cette plaie phagédénique ne résulte pas d'une association fuso-spirillaire, d'origine broncho-pulmonaire, et l'on fait des attouchements locaux de 914.

Un examen bactériologique des sécrétions locales vient d'ailleurs, infirmer cette hypothèse : présence de staphylocoque et de streptocoque, absence de tout spirille ou bascille fusiforme. La thérapeutique au 914 locale n'a pas de succès. l'évolution continue, décevante, toujours sans grandes douleurs ni température (38°).

A partir du 14 février, tous les 4 jours sont injectés par voie veineuse, à 2 reprises, quinze, puis trente centigrammes de 914. Le résultat est nul. L'ulcération s'est étendue vers la partie externe du thorax. Entre temps, un examen histologique d'un fragment prélevé sur le bourrelet anthracoïde, élimine toute idée de cancer. Ils sont d'une « inflammation suppurative sans caractères bien particuliers » (Professeur MONTPELLIER).

On essaye alors, dans d'hypothèse d'une mycose, l'iodure de potassium (4 gr. pendant 10 jours). Aucun succès. L'ulcération cutanée s'étend à la périphérie, elle a toujours les mêmes caractères tandis qu'en son centre le fond s'est détergé que son aspect est « louable », granuleux.

Echec analogue des pansements locaux à l'huile de foie de morue.

En raison du caractère anthracoïde de la lésion, du 19 Mars au 5 Avril, sont pratiquées 4 injections d'anatoxine antistaphylococcique: vainement. D'état est celui de la 2^e photo (24 mars). L'ulcération a fortement gagné, vers le haut, jusqu'à hauteur de la racine du membre supérieur.

Le 13 avril : malgré 2 Wassermann négatifs, en raison de l'aspect évolutif de la lésion, nette en son centre, fortement extensif dans certaines parties de la périphérie, tout comme une gomme serpigineuse, traitement antisypilitique sévère. En un mois, le malade reçoit 5 gr. 25 de Novar dans les veines et 14 ctg de biodure.

Au début on a l'illusion d'une amélioration locale. Celle-ci est, en réalité, le fait d'une thérapeutique par le bactestaphyphage conduite malheureusement de façon fragmentaire en raison de la cherté du produit qui rend son approvisionnement administrativement difficile, mais qui nous permet d'observer son efficacité. Soulignons donc cette amélioration par le bactestaphyphage, en regrettant de n'avoir pu mieux l'éprouver.

Devant l'échec du traitement antisypilitique, on se demande s'il ne s'agit pas de morve, ou farcin. Des examens bactériologiques et histologiques infirment cette hypothèse.

C'est alors que devant le caractère extensif de la lésion et malgré son aspect un peu différent de celui signalé par M^M. TIXIER, POLLOSSON et ARNULF nous l'identifions au cadre nosologique décrit par ces auteurs et tentons le traitement proposé par M. SANTY : attouchements locaux au NO₃ Ag et ultra-violets. Malheureusement, il nous est impossible de faire suivre chaque pansement de séances d'ultra-violet. Echec thérapeutique.

Connaissant l'action des Rayons X sur certains anthrax, nous tentons cette thérapeutique chez notre malade : tous les deux jours, jusqu'au 2 juin, c'est-à-dire à 6 reprises, irradiations locales de 500 R. chacune — Sans résultat.

Cependant l'ulcération a pris d'impressionnantes dimensions, envahissant le moignon de l'épaule et la région sus scapulaire gauche. Vers la ligne médiane, la peau est largement envahie.

La température monte, atteint 39° ; l'état général périclité.

On a, alors, l'impression d'une issue fatale si on ne tente, malgré l'étendue de la lésion, une large exérèse du bourrelet d'extension.

Le 20 juin, sous anesthésie générale, exérèse large du bourrelet au bistouri électrique :

Dès le lendemain, la situation change : la température tombe, la plaie très propre, est tapissée de bourgeons granuleux. Le bourrelet d'extension a disparu. L'état général reprend. Actuellement, un mois après l'intervention, l'aspect est net.

Des greffes, types Ollier-Thiersch, vont permettre la réparation de cette large perte de substance.

L'état général est parfait.

OBSERVATION B

Th. S. CULLEN (Baltimore). — *Surgery gynecology and obstetric*. Mai. 1924, p. 579.

« Ulcère envahissant progressivement la paroi abdominale, à la suite du drainage d'un abcès, probablement d'origine appendiculaire. »

M. H. H..., âgé de 50 ans, m'est envoyé par le Dr John H. GROSHAUS, le 27 septembre 1922. Il souffrait depuis deux semaines et avait présenté des signes d'appendicite, lors de la visite du Dr GROSHAUS.

A son admission à l'hôpital, sa température était de 100° F., pouls à 96 ; leucocytes 19.000.

Nous intervenons :

On ouvre un gros abcès qui se trouve à mi-distance entre le rebord costal et la région appendiculaire. 100 cc de pus, environ, sont retirés. Un simple drainage est établi, sans ablation de l'appendice.

Urines claires, densité 1025 ; pas de pus ; pas d'albumine. B. W. = négatif.

Sang = 100 mmgrs de sucre par 100 cc.

Le Dr HERAIN FRICOL fait un examen bactériologique du pus de l'abcès et trouve du streptocoque en cultures pures.

29 Septembre. — L'incision paraît rouge et enflammée.

15 Octobre. — La température est normale depuis l'opération, mais il existe une zone légèrement surélevée autour de l'incision. Une ulcération se crée autour de la plaie ; cette ulcération est bordée par un rebord de deux millimètres environ de largeur. Au centre, s'écoule un pus gris-jaunâtre.

29 Octobre. — L'ulcération persiste en dépit de tout traitement. Cependant, état général bon.

4 Novembre. — L'état général est le même qu'une semaine avant.

7 Novembre. — L'ulcération continue à s'étendre et son pourtour atteint, à ce jour, 12 pouces sur 7.

A cemoment, je pratique l'excision, au thermocautère, de toute la zone indurée et rouge, excision empiétant en peau saine sur, environ un pouce.

Le malade supporte bien l'opération.

8 Novembre. — L'incision présente une légère réaction.

22 Novembre. — La plaie semble nette, sauf sur une petite zone de 4 cm de largeur, près de l'ombilic.

24 Novembre. — Le Dr COBLENTZ excise cette petite zone, au thermocautère.

30 Novembre. — La plaie est très nette en apparence.

16 Décembre. — Application de greffes sur la surface de l'ulcération, par le Dr COBLENTZ.

28 Janvier. — Les greffes ont bien pris. Toute la région abdominale est recouverte de peau. Le malade est guéri.

Des examens bactériologiques, répétés, n'ont montré que du strepto ; aucun élément mycosique ; Wasserman négatif.

Les parois de l'ulcère étaient formées de tissu gangrené, avec une réaction inflammatoire sur la peau avoisinante.

Dans ce cas particulier, la plaque de gangrène a toujours été minime, limitée au rebord d'une ulcération progressive.

Le malade a été vu par plusieurs médecins qui ont, tous, pensé à une infection microbienne d'un type inconnu.

Le 6 Décembre 1923, le Dr GROSHAUS nous informe que cet homme était en bonne santé apparente.

Opérations sur le thorax

Obs. 1

BALLIN et MORSE. — *Am. J. Surg.* 1931, II, p. 81.

Homme de 54 ans. Pleurésie purulente. Résection costale + drain. Au bout de quelques jours, ulcération autour de la plaie, qui atteint, au bout d'un mois, un diamètre de 3 pouces ; au bout de 8 mois, elle s'étendait du cou aux dernières côtes. Peu à peu, guérison spontanée, au 11^e mois.

Bactério : Strepto (dans pus de la plèvre).

Obs. 2

BAUMGARTNER. — *Mem. Acad. Chirurg.* T. 64, N^o 30, 30 Nov. 1938. p. 1277.

Homme de 55 ans. Injection du poumon gauche.

Opération le 19 Février.

Nouvelles pousses aiguës à la fin Mars ; en arrière de zone opératoire, épanchement pleural puriforme, fétide.

Opération le 3 Avril.

Drainage avec autour, suture dans parties molles. Suites opératoires montrent amélioration considérable, avec température voisine de normale.

Le 16 Avril, les bords de la peau qui entoure le drain du deuxième abcès apparaissent œdématiés et rouges.

Ablation du drain et pulvérisation à l'eau oxygénée, traitement général au rubiazol.

Mais les lésions progressent.

Le 30 Avril : Dimensions d'une paume de main.

Excision de la zone malade, le 1^{er} Mai ; sous anesthésie générale et au bistouri électrique.

Pendant 8 jours, aspect normal, puis, réapparaît le liséré violet.

Les lésions recommencent à s'étendre.

Nouvelle excision au bistouri électrique, le 28 mai, sous anesthésie générale.

Après l'opération, la plaie resta atone, puis le sphacèle s'étendit à nouveau. Le malade, toujours apyrétique, mais

ayant un pouls rapide et petit, s'affaiblit progressivement et succomba le 17 Juin.

Bactério: Strepto, Staphylo, Pneumo, Spirilles et Bacilles fusiformes de Vincent.

Obs. 3

A. J. BLAXLAND. — *British. Med. Journ.* T. II. p. 336.

Homme de 62 ans. Empyème post-pneumonique.

Pleurotomie avec resection costale + drain ; le tube de drainage est enlevé le 10 septembre. Le 7 octobre, à nouveau, température ; nouvelle resection costale pour faciliter le drainage ; le tube de drainage est alors fixé à la paroi par un point.

Bientôt inflammation au niveau du point de suture ; une ulcération se forme tout autour de la plaie. Malgré tous les traitements employés : antiseptique, vaccinothérapie, sérothérapie physiothérapie, la gangrène, en quelques semaines, at'eint, en haut la nuque, en bas : la région sacrée.

Le malade succomba 9 mois après le début de l'infection, au milieu de souffrances très grandes.

Obs. 4

CHRISTOPHER. — *Surg. Clin. N. Americ.* 1924,4, p. 795.810.

Homme de 64 ans. Pleurésie purulente.

Intervention + drain. Au bout de 6 jours, vives douleurs et rougeur autour des points de suture.

Au bout du 13^e jour, ulcération qui s'étend rapidement. Douleurs très violentes qui nécessitent l'anesthésie pour changer le pansement. Au bout de 83 jours, la zone ulcérée va de l'omoplate à la crête iliaque. Excision au bistouri, puis thermaucotère à cause de l'hémorragie.

Guérison au bout de 149 jours.

Bactério : Strepto, Bacilles gram.

Obs. 5

MADIER. — *Mémoires de l'Académie de chirurgie.* T. 64, ns 27, 9-11-38. P. 1184-6.

En 1927. Homme de 70 ans. Pleurésie purulente. Pleurotomie. Gros drain.

10 à 12 jours après l'opération, au bord inférieur de la plaie de drainage, petite ulcération.

Cette ulcération commence à progresser en même temps que la région devient douloureuse.

On essaya, successivement, des pommades (collargol, iodex) ainsi que N O³ Ag.

L'ulcération augmentait toujours et atteignait les dimensions de la main ; Sérum anti-gangréneux, application de violet de méthyle. Sans résultat.

Au bout de 2 semaines, les dimensions de l'ulcération étaient celles de 2 mains juxtaposées.

Le quart de la peau de la face postérieure du thorax était détruit. Emploi, à ce moment, de l'air chaud.

Arrêt total de la marche de l'ulcération pendant 5 jours.

Puis, sur les bords, on vit réapparaître le bourrelet rouge et la marche progressive reprit.

Excision de toute la bande périphérique, comprenant le bourrelet rouge et un bon centimètre de peau saine, au thermocautère à oxygène.

Extension arrêtée. Guérison.

Obs. 6

PATTERSSON. — *Ann. Surg.* 1936.96. p. 1091-1397.

Homme de 62 ans. Appendicite aiguë gangréneuse, perforante.

Appendicectomie + drain, guérie au bout de 24 jours

Au bout de deux mois, toux et hémoptysie.

9 mois après l'appendicite, on fait le diagnostic de Pleurésie purulente. Opération.

22 jours après, la nécrose se déclare autour d'un point de suture, et commence à progresser. Douleurs violentes.

5 semaines après l'opération excision au cautère. Greffes. Guérison.

Bactério : Dans le pus d'empyème, culture pure de strepto. Dans sécrétion de plaie : strepto et staphylo.

Obs. 7

PROBSTEIN et SEELIG. — *Surg. Gyn. Obst.* 1928.47. p. 247-251.

Femme de 35 ans. Mastite suppurée droite.

Incision + drain. Au 12^e jour, gangrène cutanée apparaît et s'étend lentement. Au bout de 2 mois, amputation du sein. Durant un mois encore, extension continue jusqu'à l'aisselle.

Excision de la zone ulcérée. Grâce à transfusions de sang répétées, la plaie commence à se nettoyer et à présenter des granulations. Greffes. Guérison au bout de 13 mois.

Bactério : Staphylo doré.

Obs. 8

P. SANTY. — *Lyon. Chirurgical* 33. p. 728-730. Nov. Déc 1936.

Mme Th..., âgée de 44 ans. Pleurésie suppurée gauche consécutive à une pneumonie ; résection costale.

Au bout d'une dizaine de jours, apparition, autour de la plaie, d'un processus très spécial, caractérisé essentiellement par une tuméfaction des téguments qui forment bientôt un bourrelet saillant donnant un cercle irrégulier à distance de la plaie opératoire.

Les prélèvements bactériologiques répondent staphylocoque doré. Très rapidement, le processus s'étend et gagne : en arrière, vers la région dorsale ; en avant, vers la région mammaire.

La phagédénisme se poursuit et la malade est, bientôt, dans un état lamentable :

La plaie creusée par cette nécrose présente des dimensions colossales : la presque totalité de la région dorsale, toute la région auxiliaire gauche et la région pectorale presque entière, à l'exception des 2 seins qui furent à peine entamés par le sphacèle.

Cautère et émétine furent sans effet et, pendant ce calvaire de 11 mois l'état général était devenu lamentable.

Enfin, à la suite d'une lecture allemande : association des rayons ultra-violets et des badigeonnages au N O 3 Ag à 2 %.

Il fallut 4 mois pour arrêter, définitivement, le processus phagédénique et amener la cicatrisation.

Guérison.

Obs. 9

TAVERNIER. — *Lyon Chirurgical* 1936.

Cette observation se rapporte à un cas traité il y a 6 ans.
Malade de 60 ans. Pleurésie purulente.

Etat grave ; de plus il s'agit d'un syphilitique. Sucre dans les urines en petite quantité.

Pleurctomie. Amélioration rapide à la suite du drainage.

Au bout de 15 jours, la plaie prend le même aspect et suit la même évolution que pour le premier cas de M. Tavernier (cf. Observations sur l'abdomen).

4 semaines, après le début de la nécrose, le malade meurt.

On employa toute la gamme des antiseptiques ; le tout, sans parvenir à un résultat quelconque

Bactério : germes banaux.

Opérations sur l'abdomen

Obs. 10

ALEXANDER. — *Ann. Surg.* 1926.84, p. 461.

Homme 53 ans. Abcès appendiculaire.

Appendicectomie + plus drain. Gangrène cutanée au niveau de la plaie. Excision refusée. Abcès, à son maximum allait jusqu'au genoux droit. Guérison, par traitement conservateur, en 15 mois.

Obs. 11

BAKER et TERRY. — *J. A. M. A.* 1932, n° 2, p. 138.

Homme de 32 ans. Abcès appendiculaire.

Appendicectomie + drain. Nécrose cutanée au 9^e jour. Au bout de 3 mois toute la peau d'abdomen est envahie. Plusieurs transfusions de sang. Au bout de 3 mois 1/2, excision au cautère ; greffes.

Décès, par endocardite, 7 mois après l'appendicectomie.

Bactério : Strepto, Staphylo.

Obs. 12

BALLIN et MORSE. — *Am. J. Surg.* 1131.11, p. 81.

Homme 52 ans. Appendicite gangréneuse.

Appendicectomie + drain. Au bout de 2 semaines apparaît une ulcération. Au bout de 2 semaines, encore, cet ulcère a la grandeur d'une paume de main.

Excision au cautère électrique. Greffe, 2 mois 1/2 après appendicectomie. Guérison.

Bactério : Strepto, bacille ressemblant à celui de la diphtérie.

Obs. 13

BARBIER. — *Mémoires d'Acad. de Chirurg.* T. 64, n° 28. 16-11-38, p. 1208-09.

Femme de 65 ans. Volumineux cancer du colon ascendant. Opération en deux temps.

Au 8^e jour, après la suppression du drainage sous-péritonéal, apparition d'une gangrène progressive de la peau.

Elle débuta au niveau de l'orifice du drain, gagna d'abord la cicatrice opératoire, puis, s'étendit progressivement ; à droite, vers la région lombaire ; à gauche, vers la ligne médiane, qu'elle dépassa, détruisant, chemin faisant, l'ombilic, pour s'étendre jusqu'à la fosse iliaque.

Pas d'examen bactériologique.

On multiplia les agents thérapeutiques locaux : alcool, bleu de méthylène, Mn O 4 K, pommades au propidon et à l'insuline, solution d'N O 3 Ag, air chaud, etc... Je ne sais lequel se montra le plus efficace ; toujours est-il que la malade guérit complètement au bout de 3 semaines environ.

Récemment, elle était encore en parfait état.

Obs. 14

BEC et JAUME. — *Thèse de Jaume. Lyon 1937, p. 39.*

Femme de 60 ans. Abscès appendiculaire.

Drainage. A la 3^e semaine, nécrose cutanée apparaît ; Puis, peu à peu, elle remonte à l'épigastre et entre les seins.

En Avril 1933, les premières lésions sont cicatrisées et il ne reste plus que deux petites plaques gangréneuses ulcérées, sous le sein gauche.

Bactério : Pyocyanique et Strepto.

Obs. 15

A. J. BLAXAND... *The British. Méd. Journ.* 24-8-35, p. 336.

Femme de 49 ans. Incision d'abcès appendiculaire + drain, le 5 Nov. 1934.

Apparition d'abcès sous-phrénique.

10 Décembre : Resection de la 8^e côte, sur 2 travers de doigt au niveau de la ligne axillaire. La plèvre est ouverte et il s'écoule un peu de liquide clair. On referme la plèvre.

Incision du diaphragme et, au-dessous, on draine une collection sous-diaphragmatique. L'état général s'améliore.

Le 4 Avril 1935 : nouvelle collection. Un drain est fixé au catgut.

Trois jours après : plaque noirâtre autour du point de suture fixant le drain.

Cinq jours après, il existait une plaque de nécrose, de deux travers de pouce de largeur, entourant l'incision de drainage.

Le 20 Avril, excision totale, au bistouri électrique, en passant à 1 cm. en dehors de la zone malade. La malade sort de l'hôpital guérie, le 29 Juillet.

Bactério : Strepto anaerobie ; Straphylo.

Obs. 16

BREWER et MELENEY F. L. — *Ann. Surg.* 1926, p. 438-450.

Homme 64 ans. Appendicite gangréneuse.

Appendicectomie + drain. Au bout de 5 jours nécrose à partie supérieure de la plaie. Progression. Douleurs. Excision au bout de 3 semaines. Guérison, 15 semaines après l'opération.

Obs. 17

BREWER et MELENEY F. L. — *Ann. Surg.* 1926, p. 438-450.

Homme de 32 ans. Abscessus appendiculaire.

Appendicectomie + drain. Au bout de 7 jours oedème et rougeur autour de la partie supérieure de la plaie

Au bout de 10 jours gangrène cutanée Douleurs violentes.

Au bout de 3 semaines, l'ulcération est de 13 cm. sur 16 cm.

Excision. Guérison, 15 semaines après l'opération.

Bactério : Diverses sortes de bactéries.

Obs. 18

BREWER et MELENEY F. L. — *Ann. Surg.* 1926, p. 438-450.

Femme de 63 ans. Abscessus partie supérieure droite de l'abdomen. Incision + drain. Au bout de peu de temps nécrose autour de la plaie qui atteint la moitié supérieure de l'abdomen en 4 mois. Issue inconnue.

Bactério : Diverses sortes de bactéries.

Obs. 19

BROWN, BROWN, MURPHY. — *J. A. M. A.* 1933, p. 1867-1878.

Homme de 50 ans. Abscessus appendiculaire.

Appendicectomie + drain. Au bout du 5^e jour, nécrose autour du drain — douleurs violentes. Au bout de 14 jours,

la plaie atteint 3 pouces 1/2 sur 4 1/2.

Excision au cautère électrique ; puis, au bout de 10 jours : greffes — 6 jour après ileus. Nouvelle laparotomie. Suture.

5 semaines après l'excision : guérison, c'est-à-dire 7 semaines après la première opération

Bactério : Staphylo, Bacilles gram négatif, Diplocoques gram positif

Obs. 20

CAROL. — *Nederl. Tijdschr. V. Genesk.* 1932, p. 1836-1843.

Homme de 62 ans. Abscessus appendiculaire.

Incision + drain. Au bout de 4 semaines, ulcération gangréneuse s'accroissant d'environ 1 cm par jour. Au bout de 5 semaines la peau de l'abdomen était presque entièrement attaquée. A ce moment un ictère apparaît. Excision au bistouri diathermique de la zone attaquée et, par la suite, le malade est en bonne voie de guérison.

L'ictère disparaît, mais affaiblissement considérable. Décès, 11 semaines après l'appendicectomie.

Bactério : Strepto, Pyocyanique.

Obs. 21

GEORGE, F. CARROLL. — *Am. J. Surg.* 41.87.91. Juillet 1938.

Homme blanc de 45 ans. Appendicite aiguë foudroyante. Opération + drain. Au 5^e jour rougeur sur les bords de l'incision. On avait déjà enlevé le drain de caoutchouc souple.

L'aire rouge continue à s'étendre et on pouvait en noter les progrès de jour en jour. On essaya de nombreuses solutions, produits chimiques, etc... sans succès.

Le processus s'étendait de plus en plus : depuis l'échancrure sternale et les bords des côtes, jusqu'aux crêtes iliaques et l'éminence pubienne. On essaya d'abord le scalpel et, ensuite, le cautère électrique, sans résultats appréciables. On employa, alors, le couteau électrothermique en excisant à travers le tissu macroscopique non atteint.

Arrêt du phagédénisme ; bientôt surface granuleuse saine ; greffe. Guérison.

Bactério : Staphylo blanc et Strepto non hémolytique. Pas de colibacille.

Obs. 22

CLINTON. — *Gangrenous dermatitis following Appendectomy.*
Trans. Am. Med. Ass. 1926, 44, p. 408.

Homme de 38 ans. Appendicite aiguë, appendicectomie. Gangrène cutanée progressive atteignant, au bout de 7 semaines, la totalité abdomen. Thermocautérisation sans effet. Guérison progressive, grâce à l'emploi d'une solution salée hypertonique.

Bactério : Strepto, Staphylo, bacilles semblables à ceux de la diphtérie ; colibacilles en fuseau, spores du type Welch, bâtonnets gram +.

Obs. 23

COLE et HEIDEMANN, — *J. A. M. A.* 1929, p. 537-540.

Homme 34 ans. Appendicite aiguë. Gangrène perforante.

Appendicectomie + drain. Au bout de 5 jours, la plaie devient très douloureuse. Au bout de 18 jours, début de gangrène autour d'un point de suture. Au bout d'un mois l'abcès est de 12 cm. sur 18 cm. Comme dans la sécrétion on avait trouvé une sorte d'amibe, on emploie, mais sans succès, l'émétine, l'arsenic et les rayons X.

Plaie très douloureuse. Au bout de 5 mois 1/2, la plaie s'étendait sur toute la partie droite de l'abdomen. On excise au cautère électrique et on obtient bientôt une guérison complète.

Bactério : Une sorte d'amibe et staphylo

Obs. 24

CONSTANTINESCU et SABAILA (Bucarest). — *Zentr. F. Chir.* 65. 1997-2.000. 3-9-38.

Malade âgé de 21 ans, opéré d'ulcère perforé du pylore et de péritonite diffuse le 2-6-1936.

Drainage dans la partie haute (duodenum) et partie basse (pubis) de l'incision.

Suites opératoires normales jusqu'au 17^e jour ; à ce moment, température oscillant entre 38° et 38°5 ; le malade commence à souffrir : abcès sous-hépatique, nous ouvrons l'abcès. L'état général s'améliore. Quelques jours plus tard, une nécrose cutanée envahissante apparaît. Chaque jour, la

nécrose progresse et, finalement, commence à empiéter sur la partie gauche de l'abdomen. Nous intervenons alors au bistouri électrique, sans avoir jamais entrepris un traitement quelconque auparavant. Récidive après l'intervention ; l'état général s'améliore, la température tombe. La cicatrisation progresse lentement. Le malade quitte l'hôpital au bout de deux mois ; Guéri.

Obs. 25

E. DELMAS (Séville). — *Los Progressos de la Clinica*. Avril 1936, p. 293.

Homme âgé de 45 ans. Néoplasme sigmodien.

Premier temps opératoire de dérivation par cœcostomie. Cinq jours après, sphacèle de la ligne de suture cutanéomuqueuse à marche extensive, accompagné d'une légère suppuration. Il se fait une ulcération progressive.

Au bout de quelque temps, elle s'étend irrégulièrement dessous l'épine iliaque en suivant le pli de l'aîne jusqu'au pubis pour franchir la ligne médiane et atteindre en ligne courbe, le dessous de l'ombilic. Pansements au Dakin, pommade à la chloramine, injection de Salvarsan.

Le processus ulcéreux envahissant ayant cessé, on applique des pansements secs, puis des pansements boriqués en raison de la présence de pus bleu.

En Mars 1936, le malade est considéré comme guéri.

Bactério : Strepto ; Staphylo ; flore intestinale banale ; pas d'amibes. On n'a pas fait de cultures.

Obs. 26

DUEMLING et ELSTON. — *Arch of Derm. a. Syph.* 1933. 27, p. 624-630.

Homme de 42 ans. Ulcère perforé.

Opération + drain. Au 13^e jour, gangrène cutanée autour de l'orifice de drainage. Au bout de 40 jours ulcération très douloureuse de la grandeur d'une assiette avec, par place, des granulations et de petits ilots d'épithélium. Au bout de 47 jours, excision au cautère. Guérison en 3 mois 1/2.

Bactério : Strepto ; Staphylo ; Bacille gram négatif.

Obs. 27

FREEMAN. — *Ann. Surg.* 1930, 92, p. 779-785.

Femme de 39 ans. Cholecystectomie + suture primaire.

Au bout du 12^e jour, rougeur autour d'un point de suture. A partir de ce point, gangrène cutanée progressive. Décès, au bout de 5 semaines (Urémie).

Obs. 28

FROMME. — *Zentr. F. Chir.* 1933, p. 29.

Femme de 24 ans. Absès de la région ombilicale post-partum.

Incision. A partir de la plaie gangrène cutanée progressive. Excision au cautère électrique sans succès. Décès au bout de 6 semaines.

Obs. 29

FROMME. — *Zentr. F. Chir.* 1933, p. 29.

Homme de 42 ans. Absès sous-phrénique.

La paratomie + drain. Au bout de quelques jours, se développe une nécrose cutanée. Mort, par épuisement, au bout de 6 mois, malgré l'excision au cautère électrique et une transfusion de sang.

Bactério : Aucun bacille spécifique n'a pu être observé.

Obs. 30

GILLESPIE. — *Ann. Surg.* 1928, 88, p. 228-251.

Homme de 39 ans. Appendicite aiguë.

Appendicectomie + suture primaire. Au bout de 5 jours, gangrène cutanée à la partie supérieure de la plaie. Très douloureux. Au bout de 7 mois 1/2 les dimensions de l'abcès sont de 9 pouces sur 6 ; il s'étend de la crête iliaque à l'omoplate droite. A certains endroits, granulations avec îlots d'épithélium. Au bout de 8 mois, excision ; puis, greffes de Thiersch. Guérison, 11 mois après l'opération.

Bactério : Staphylo ; Strepto ; Diplocoques gram positif.

Obs. 31

GORDON. — *Cit. Lynn.*

Homme de 38 ans. Appendicite gangrénée.

Appendicectomie + drain. Nécrose cutanée au bout de quelques jours. Excision. Guérison.

Obs. 32

GRAUHAHN. — *Zent. F. Chir.* 1932, p. 756.

Homme de 40 ans. Appendicite gangréneuse.

Appendicectomie + drain. Nécrose cutanée progressive s'étendant : de l'aîne, au-dessus des fausses côtes (du côté droit). Granulation lente ; de ci, de là, îlots d'épithélium.

Bactério : *Strepto*.

Obs. 33

HELLSTROM. — *Acta. Chir. Scand.* 1931, 64, p. 184-196.

Homme de 54 ans. Abscess appendiculaire.

Appendicectomie + drain. Au bout de trois semaines, nécrose des bords de la plaie. Au bout d'un mois l'abcès a 6 cm sur 6 cm. Douleurs très fortes. Moral affecté. Excision au bistouri diathermique puis greffes. 11 semaines après l'opération, le malade est guéri.

Bactério : *Coli*.

Obs. 34

HOLMAN (San Francisco).

Femme de 32 ans. Appendicite. Opération.

Cicatrice se rompt ; il se forme une ulcération qui s'étend progressivement, malgré tous les traitements utilisés pendant 17 mois. On pratique, alors, une cautérisation de la plaie au fer rouge, avec excision de toute la peau qui borde l'ulcère. La plaie se nettoie ; on fait des greffes et, au bout de 1 mois, l'abdomen est épidermisé ; mais l'infection continuait à évoluer, sous-cutanée, à la cuisse gauche.

Hémorragies artère femorale. Transfusion. Plusieurs hémorragies récidivantes et le malade meurt le 17 août.

Bactério : *Strepto hemolytique* et *Staphylo*.

Obs. 35

HORSLEY. — *J. A. M.A.* 1932, p. 1227.

Homme de 45 ans. Abscess appendiculaire.

Appendicectomie + drain (19 juin 1931). Au bout de 21 jours, nécrose de la lèvre extérieure de la plaie. Douleurs violentes. Le lendemain (9 juillet), excision de la zone nécrosée au thermocautère ; en outre cautérisation au cautère électrique, de toute la surface de la plaie.

Légère récédive au bout de quelque temps, nouvelle excision. Greffes.

En septembre, le malade quitte l'hôpital, guéri.

Bactério : Strepto, bacille gram négatif, diplocoques gram positif.

Obs. 36

HORSLEY... *J. A. M. A.* 1932, p. 1458.

Homme de 67 ans. Occlusion intestinale aiguë.

Deux jours après opération, gangrène qui s'étend rapidement à la portion supérieure de l'incision, à l'épaisseur de la paroi abdominale.

Au 8^e jour, résection de zone gangrénée au cautère électrique.

Cicatrisation, mais persistance d'une éventration.

Bactério : bacilles à gram négatif, Strepto, diplocoques à gram + et nombreux cocci à gram +.

Obs. 37

JAEGER. — *Zentr. F. Chir.* 1932, p. 1744.

Fillette de 11 ans. Appendicite subaiguë.

Appendicectomie, suture primaire. Au bout de quelques jours, nécrose cutanée autour de la plaie. Au bout de 5 mois, plaie très douloureuse de 9 cm. sur 2 cm. Traitement conservateur et excisions répétées. Issue inconnue.

Bactério : Staphylo et Strepto.

Obs. 38

KAPPIS. — *Zentr. F. Chir.* 1932, p. 734.

Homme de 56 ans. Abscess appendiculaire.

Appendicectomie + drain. Au bout de 10 jours nécrose cutanée. Toute la partie droite de l'abdomen est, finalement, attaquée ; cachexie progressive. Mort au bout de 5 mois.

Bactério : Proteus...

Obs. 39

HANS KUPPERS (Saargbrücken). — *Zentr. F. Chir.* c3, p. 378-380. 16 Févr. 1935.

Femme de 47 ans. Cholecystectomie + drain. Au 21^e jour, à une extrémité de l'incision on observa une petite rougeur. Le processus ulcéreux, au bout de quelques jours, prit les dimensions d'une paume de main. Température oscillant entre 37°,9 et 38°,2.

Rien ne put arrêter le processus : auto-hémothérapie, excision radicale du foyer, rayons X, sérum. Au début d'octobre la nécrose s'étendait jusqu'au sein droit et jusqu'au dos.

Le 13 novembre 1933, on a recours de nouveau au cautère, mais on excise en tissu sain ; arrêt du processus. Greffes.

Le 29 mars 1934, le malade sort de la clinique.

Bactério . Staphylo blanc ; colibacilles ; germes saprophytes.

Obs. 40

LIEDBERG. — *Acta. Chirurgica Scandinavica.* Vol 77, F. 4, 6, 10 Mars 1936, p. 355.

Homme de 52 ans. Appendicite gangréneuse.

Appendicectomie + assèchement, plus suture. Au bout de 4 jours, apparition de nécrose cutanée. On essaya les moyens médicaux sans succès. On fit, aussi, une excision en passant en tissu sain ; rien n'y fit, le processus continua. Mort du patient, 6 mois après l'appendicectomie.

Bactério : Strepto et Staphylo.

Obs. 41

LYNN. — *J.A.M.A.* 1931, 97, p. 1597-1601.

Homme de 62 ans. Absès appendiculaire.

Opération + drain. Au bout de 30 jours, ulcération de la plaie. Après 9 semaines, l'abcès englobe la presque totalité de la surface abdominale. Excision au cautère électrique. Puis greffes. 4 mois après l'opération : Guérison.

Bactério : Strepto ; Staphylo, bacilles gram négatif.

Obs. 42

MAYEDA. — *Deutsch. Zeitschr. Chir.* 1926, 99, p. 350-353.

Homme de 38 ans. Absès appendiculaire.

Appendicectomie + drain. Au bout de 5 jours nécrose autour de l'orifice cutané. Douleurs violentes. Au bout de 4 semaines, absès de 4 cm. sur 4 cm. Ça et là, ilots d'épithélium sur un fond granuleux.

Au bout de deux mois, excision au thermocautère. Ensuite, greffes de Thierch. Guérison.

Bactério : Strepto, Staphylo, bacilles possédant la morphologie du bacille diphtérique.

Obs. 43

MELENEY (Moore). — *Ann. Surg.* 1931, 94, p. 961-81.

Homme de 35 ans. Vraisemblablement absès appendiculaire.

Laparotomie + drain. Au bout du 11^e jour, apparition de nécrose à la partie supérieure de la plaie, à partir de quelques points de suture. Douleurs violentes. Au bout de 27 jours, l'ulcération est plus grande qu'une paume de main. Moral atteint. Excision puis greffes. 51^e jours après la laparotomie : Guérison.

Bactério : Strepto microaerophile et Staphylo.

Obs. 44

MELENEY (F.B.). — *Surg. Gyn. Obst.* 1933, 56, p. 847-867.

Homme de 63 ans. Cancer du colon sigmoïde avec occlusion ; coecostomie.

Au 8^e jour, à l'angle supérieur, apparaît un point rouge tu-

méfié. Le point de suture, à ce niveau, est enlevé. Au 12^e jour la plaie devient douloureuse puis la zone rouge s'étend progressivement. Au bout de 27 jours, MELENEY constate une large zone de gangrène correspondant à l'incision.

Autour de la gangrène : ligne de démarcation en dehors de laquelle se trouve une zone violacée, qui, elle-même, est entourée d'une zone rouge de 2 à 5 cm.

Le lendemain, MELENEY excise toute la région ; cessation des douleurs. Processus gangréneux disparaît et 5 jours plus tard opération de Mikulicz pour le cancer du sigmoïde. Greffes : Guérison.

Bactério : Staphylo et Strepto.

Obs. 45

MELENEY (Schimtt). — *Surg. Gyn. Obs.* 1933 ; 56, p. 847-867.

Malade âgé de 62 ans. Abcès appendiculaire.

Appendicectomie + drain. Au 5^e jour, les bords de la plaie sont enflammés, douloureux, et la gangrène s'étend progressivement, tout autour des lèvres de la plaie.

Au 70^e jour, la plus grande partie de la paroi abdominale est atteinte.

MELENEY pratique une excision radicale au bistouri, la ligne d'excision passant bien en dehors de la zone rouge.

Ensuite pansements au Dakin pendant 6 semaines ; greffes de Thiersch. Guérison.

Bactério : Strepto, staphylo, bacille à Gram négatif, microaérophilie streptococcus dans les cultures.

Obs. 46

MELENEY (Carlisle). — *Surg. Gyn. Obst.* 1933 ; 56, p. 847-867.

Homme de 57 ans. Ulcère duodéal perforé.

Opération. Fermeture. Au 27^e jour on fait le diagnostic d'abcès sous-phrénique ; Incision + drain. Au bout de 8 jours, apparaît une nécrose des bords de la plaie particulièrement marquée aux points de suture. Douleurs lancinantes dans la plaie qui atteint les dimensions de la paume de la main au 40^e jour. Excision. Greffes. Guérison.

Bactério : Zone gangrenée : Staphylo et « microaerophilique Strepto ». A la périphérie on trouve ce dernier en culture pure.

Obs. 47

MITCHELL. — *Cit. Lynn.*

Homme de 70 ans. Appendicite. Opération.

Apparition, au bout de quelques jours, d'une nécrose cutanée. Traitements médicaux. Puis excision ; l'abcès guérit. Mais décès, à quelque temps de là, par pneumonie.

Obs. 48

MOSCHOWITZ. — 1926. *Cit. Kappis et Lynn.*

Homme de 48 ans. Opéré d'appendicite purulente. Puis gangrène autour de la plaie. Excision au thermocautère. Guérison.

Obs. 49

PERGOLA et ROSENFELD. — *Mém. Acad. Chir.* T. 64, n° 27 ; 9 Nov. 1938 ; p. 1177.

Femme de 54 ans. Néoplasme rectal.

Opération le 8 Déc. 1938. Laparotomie médiane sous-ombilicale + opération de Hartmann ; Mickulicz. Fermeture de la paroi en un plan aux crins.

3 semaines après, intervention, fistule urinaire. Au bout de 25 jours, l'état général devient mauvais, la température redevient oscillante. C'est le début de la gangrène cutanée : développement d'une lésion irrémédiablement progressive, malgré tous les traitements médicaux et chirurgicaux employés ; 3 excisions successives furent pratiquées ; sédation immédiate chaque fois, mais reprise au 3^e jour. Finalement, la gangrène s'étendit sur presque toute la zone sous-ombilicale de la paroi abdominale. La mort survint le 14 Février, soit 78 jours après l'intervention.

Examen histologique : rien de particulier.

Bactério : Staphylo et strepto, bacilles du processus fétide. Ensemencement sur le milieu électif.

Après 2 jours : Strepto, staphylo, micrococcus foetidus, diplococcus réniformis, cocobacille de Veillon.

Obs. 50

A. POERSCHKE. — *Zentr. F. Chir.* 65 ; p. 2283-2286 ; 3 Oct. 1938.

Homme âgé de 45 ans. Appendicite gangréneuse.

Opération. Fermeture primaire. Au bout de 4 jours, la suture s'ouvre et il se forme un abcès de la paroi abdominale. 3 semaines après l'opération infiltration subite des bords de la plaie, sans température. Rapide progression de la nécrose.

Peu à peu, la nécrose recouvre la partie droite de l'abdomen.

Tous les traitements conservateurs (U.V. ; Néo-Salvarsan ; Pansements humides, etc...) restant sans effet, on excise le 18-12-36, les bords de la plaie.

Le processus s'arrête et la plaie montre une tendance très nette à l'épidermisation.

Le malade sort de l'hôpital, guéri, le 9-4-37.

Obs. 51

PORTER. — *Cit. Kappis, Lynn.*

Femme de 35 ans. Cholecystite.

Au bout de quelques jours, gangrène cutanée qui attaque la peau de l'abdomen et du thorax.

Excision. Greffes. Guérison.

Obs. 52

SCHLINK et E. F. THOMSON. — *M. J. Australia.* 2. 625-627 ; 2 Nov. 1935.

Appendicectomie. Nécrose cutanée post-opératoire s'étendant progressivement sur 3 ans. Guérison par destruction des tissus sphacelés au couteau électrique et injections de tartrate de potasse.

Obs. 53

SCOTSON. — *Lancet.* 1933-1 ; p. 80.

Homme de 62 ans. Abcès appendiculaire.

Appendicectomie + drain. Au bout de 10 jours, nécrose dans le coin supérieur de la plaie. Au bout d'un mois, impor-

tante gangrène cutanée très douloureuse de 3 pouces sur 3.
Moral affecté.

Obs. 54

SHIPLEY. — *Ann. Surg.* 1928 ; 87. p. 245.

Homme. Vraisemblablement abcès appendiculaire.

D'abord, incision d'un abcès à droite de l'ombilic + drain.
2 semaines plus tard, incision d'un abcès à gauche de l'ombilic + drain. Bientôt, nécrose cutanée autour de la plaie gauche, qui au bout de 4 mois, s'étend à toute une région passant par une ligne médiane, allant du sein jusqu'au dessous de l'ombilic. Moral très affecté. Excision au bout de 4 mois. Plus tard greffes. Guérison, 6 mois après l'incision du premier abcès.

Bactério : Strepto.

Obs. 55

STICH. — *Zentr. F. Chir.* 1932 ; p. 734.

Malade 45 ans.

Appendicectomie. Au bout de plusieurs jours, nécrose lentement progressive de la peau de l'abdomen et du thorax. Guérison, par traitement conservateur, au bout de plusieurs mois.

Obs. 56

P. STHOR et W. NIEDERLAND. — *Deutsche Zeitschrift. F. Chir.* T. 246 ; Août 1935 ; p. 321-324.

Homme de 65 ans, opéré pour hernie bilatérale.

Au 7^e jour, du côté opéré le premier, apparition de rougeur, d'œdème, puis une zone de sphacèle. Cette nécrose s'étend progressivement jusqu'à la crête iliaque et déborde même, bientôt, jusque vers le rebord des fausses côtes.

Mort au bout de 6 semaines.

Obs. 57

SUSSI. — *Ann. Ital. Di Chir.* 16 ; 487-504 ; Mai 1937.

Homme 44 ans Appendicite aiguë.

Opération. Suture partielle et mèche.

Au 9^e jour plaie rouge et tuméfiée ; on la débride et on donne issue à quelques gouttes de liquide louche. Pansements au Dakin. Douleurs de plus en plus intenses et, au 15^e jour, la plaie présente, au centre, une plaque de sphacèle.

L'ulcération n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La gangrène gagne de plus en plus. Les pansements sont atrocement douloureux. Tous les traitements essayés, pendant 4 mois, échouent.

L'excision de la zone sphacélée a été proposée à plusieurs reprises. Le malade s'y est refusé. La zone sphacélée recouvre, au 4^e mois, toute la partie droite de l'abdomen, gagnant en arrière vers la région lombaire. Le malade revient chez lui dans un état précaire. Issue non connue.

Bactério : Nombreux germes avec prédominance strepto et staphylo.

Obs. 58

TAMMAN. — *Zentr. F. Chir.* 1933 ; p. 2469.

Femme 58 ans.

Cholecystectomie + drain. Nécrose cutanée autour de la plaie. Douleurs violentes. Au bout de 3 mois, excision au bistouri diathermique. Greffes. Guérison.

Bactério : *Proteus* et strepto.

Obs. 59

TAVERNIER. — *Lyon Chirurgical* 1936.

Cette observation se rapporte à un cas traité il y a 15 ans.

Malade présentant un abcès du foie. Etat général très mauvais. Incision et drainage de l'abcès par voie trans-pleurale.

8 jours après les bords de la plaie se recouvrent d'une croûte sèche et grisâtre.

La peau avoisinante se sphacèle, formant une eschare noire qui borde la plaie sur un à trois centimètres de largeur.

Au-delà de l'eschare, on voit un sillon d'élimination derrière lequel la peau saine forme un bourrelet inflammatoire, saillant, rouge bleuté, piqué de points hémorragiques.

Ce bourrelet gagne, sans cesse, vers la peau saine ; tandis

que son bord attenant à la zone gangrénée se sphacèle à son tour.

Les antiseptiques essayés sont inutiles. Douleurs violentes au niveau de la peau. L'état général baisse de plus en plus. Une diarrhée tenace s'installe ; le malade succombe 10 jours après le début de cette complication.

Obs. 60

TENNANT. — *Cit. Freeman.*

Femme de 64 ans. Hernie au point de cicatrice de cholecystectomie.

Opération radicale. Au bout de 8 jours, rougeur autour d'un point de suture. Douleurs violentes, puis gangrène cutanée progressive (6 pouces sur 9).

Moral très affecté. A bout de 4 mois guérison par traitement conservateur ; suicide, par dépression psychique, après sortie.

Obs. 61

TIXIER et POLLOSSON. — *Lyon Chirurgical* 1936 ; p. 709 ; *Presse médicale* ; 11 Août 1937.

Homme 45 ans. Ulcère prépylorique.

Opération en Avril 1933.

En Nov. 1935 : ulcère peptique perforé. Quelques jours après, petite collection douloureuse dans l'hypocondre droit. On ouvre.

C'est à ce moment que débute la nécrose au niveau d'un catgut qui fixait le drain à la paroi.

Chaque jour l'ulcération s'agrandit. Douleurs locales. On essaye médications diverses.

Le 20 Janvier 1936, on enlève l'escarre au thermocautère. Amélioration. Vers le 15 Février, réapparition des phénomènes. Nouvelle exérèse des tissus suspects, mais incomplète. Le 24 Février 1936, on resèque, au bistouri, en tissu sain. Guérison au bout de 4 mois.

Bactério : Strepto. Quelques rares bacilles à Gram positif.

Obs. 62

VOHNOUT (Brno). — *Zentr. F. Chir. T.* 65, n° 32 ; *Juillet* 1938 ; p. 1713.

Malade âgé de 62 ans.

Incision d'abcès appendiculaire. Au 12^e jour, gangrène des bords de la plaie qui s'étend progressivement vers l'ombilic et le dos jusqu'à atteindre les dimensions de 4 paumes de main.

Toutes les médications, y compris la transfusion sanguine, l'auto-hémothérapie, les applications de sérum anti-diphtérique, l'excision des tissus nécrosés et l'électro-coagulation furent impuissantes à enrayer le processus. La malade succomba, 7 semaines après l'intervention.

Baotério : Strepto et staphylo.

Obs. 63

CECIL, P. G. WAKELEY et F. WILLWAY. — *The British Journ. of Surg.* ; vol. 25 ; July 37 to Avril 38 ; p. 451-453.

R. G., âgé de 67 ans. Cholecystite.

Cholecystectomie le 12 juin 1936. On enlève également l'appendice. Drain à la partie supérieure d'incision. Au 3^e jour aire enflammée à la partie inférieure de l'incision. Le lendemain la plaie suppurait, donnant un liquide séro-purulent. Le 5^e jour, on remarquait une plaque gangréneuse. Peu à peu, la gangrène s'étendit à la partie inférieure de l'abdomen, jusqu'au pubis et la fosse iliaque droite. de nombreux moyens médicaux furent employés, y compris les vaccins ; le tout, sans résultat appréciable. Cependant, le 9 Août, la gangrène commença à régresser, et, à partir de ce moment la tendance à la guérison continua ; aucun traitement spécial ne fut employé. Le 27 Septembre, la maladie était congédiée, complètement guérie ; vue 4 mois après, la malade était en parfait état.

Obs. 64

H. G. WILLARD (Tacoma). — *Ann. of Surg.* ; vol. 104 ; n° 2 ; Août 1936 ; p. 227-232.

Femme de 57 ans, opérée d'appendicite aiguë avec début de gangrène de l'appendice. La plaie est refermée avec un petit drain enlevé le 6^e jour.

La guérison semblait très simple, quand, au bout de 3 semaines la plaie se désunit et il se produisit une ulcération gangréneuse progressive de ses bords. Après deux mois cette

ulcération avait pris de grandes dimensions malgré tous les traitements employés ; toute la surface était extrêmement douloureuse au moindre contact.

Excision large au bistouri, non seulement de la zone gangrénée, mais de la peau avoisinante, partout où elle paraissait infectée : le processus nécrotique fut ainsi arrêté et les greffes cutanées terminèrent la réparation.

Obs. 65

WILLMOTH. — (*Adressé par P. WERTHEIMER de Lyon*). *Mém. Acad. Chir.* séance du 14 Décembre 1938.

Malade âgé de 65 ans. Néoplasme de l'S iliaque.

Intervention le 1^{er} Avril 1938.

Par la suite, et tout autour de l'anus iliaque, se développe une escarre parietale d'allure gangréneuse, d'évolution extensive, douloureuse, limitée par un bourrelet saillant violacé, doublé d'une zone presque érysipélateuse.

Un traitement médical est institué : badigeonnages au N O 3 Ag et exposition de l'ulcération aux rayons ultra-violets.

Bientôt le processus gangréneux s'étend à toute la région sous-ombilicale gauche, atteignant en dedans la ligne médiane et en haut une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Le 22 Juin 1938, large excision au bistouri électrique.

Après l'intervention l'état général semble se relever. Mais le 2 Juillet à nouveau un bourrelet s'est constitué à la limite d'une zone escarifiée débordant vers la plaie gauche.

Nouvelle excision de la zone ulcérée et du bourrelet au bistouri électrique. A nouveau, l'état général s'améliore ; mais, finalement, le malade se cachectise ; le territoire gangréneux s'étend à presque toute la paroi abdominale. La survient, le 7 Août 1938, dans un véritable état de coma.

Bactério : Bacille à Gram + en amas.

Cultures : Développement d'un pneumocoque.

Autres cas

Obs. 66

COLLEDGE. — *Ann. d'Octol.* 1937 ; n° 6 ; Juillet ; p. 516.

Femme de 55 ans. Cancer retro-cricoidien. Pharyngotomie latérale du côté gauche.

Au 10^e jour, apparurent des boutons au point de suture réunissant le lambeau et l'oesophage. De là un abcès s'avancé dans le cou, vers la partie cervicale droite. On croit à une récurrence précoce du cancer, mais des applications de rayons X sont sans effet, et l'ulcère s'étendit autour du cou, sur la nuque, à la hauteur des cheveux et du dos.

On arrête le processus en creusant une gouttière périphérique dans la peau saine, à l'aide du couteau diathermique.

Le processus ulcéreux arriva jusqu'à la barrière mais ne la franchit pas. Finalement, cicatrisation complète à l'aide de greffes de Thiersh.

Récurrence à la suite d'un essai de fermeture. Nouvelle gouttière au couteau diathermique. Après 28 mois, la plaie est cicatrisée mais il est impossible de fermer le pharyngostome

Bactério : Staphylo, strepto.

Obs. 67

E. HOLMANN (San-Francisco).

Malade présentant abcès de l'aisselle.

Incision. Le pus contient strepto hémolytique. Au bout de quelques jours ulcération phagédénique. Après 11 mois d'extension de la plaie axillaire et développement d'une ulcération secondaire sur la paroi thoracique, où l'on trouva du strepto hémolytique et du staphylo doré. la plaie fut traitée par introduction d'asticots. 19 mois après le début, la plaie n'était pas encore guérie.

Obs. 68

E. HOLMANN (San-Francisco).

Infection d'un doigt, compliquée d'abcès à l'aisselle.

Incision. Ulcération phagédénique qui évolue malgré tous traitements, et se complique d'une deuxième ulcération superficielle, au bout de 7 mois.

Un débridement étendu, au cautère, de tous les bords, deux transfusions, cinq applications d'asticots, amènent guérison

en 5 mois.

Bactério : Strepto viridans et hémolytique et staphylo doré.

Obs. 69

E. HOLMANN (San-Francisco).

Homme de 43 ans. A la suite de petite pustule à la cuisse, ulcération, à bords décollés, qui s'étend rapidement et ne présente aucune tendance à la guérison.

Extirpation de lésion au bistouri électrique et traitement au Dakin. Greffes de Reverdin. Guérison.

Bactério : Strepto hémolytique et staphylo.

HOLMAN insiste sur ce fait que, dans tous les cas, il y a pu avoir une infection d'origine intestinale, soit directe (appendicite (voir observations sur abdomen), soit indirecte (fumiers, boues d'égout).

Bibliographie supplémentaire

- ARNAUD, UGON, R. CANTON : *Bolô. Y trab. de la Soc. de Chir. Buenos-Aires*, 20-860--866, 16-9-1936.
- K. M. ANDERSEN : *Hospitalstid*, 79-809-812, 4-8-1936.
- BORELLI : *Cit. Kappis und Lynn*.
- BRANDEBERG : *Acta Chir. Scandinav.*, 79-445-452, 1937.
- BURREL : *Brit. J. Tub.*, 30-46, Janvier 1936).
- CALZOLARI : *Gazz. d'Osp.*, 58-944-947, 3 Octobre 1937.
- G. COORS : *Memphis M. J.*, 9-184-185, Octobre 1932.
- COX : *Brit J. of Surg.*, vol. 223, n° 91, Janvier 1936.
- N. DORICEV : *Nov. Chir. Aarch (russ)*, 35-104-109, 1935.
- J FALLON : *Ar. Surg.*, 18-1817-1824, 1929.
- GOUWS-KAAN : *Nederl. Tijdschir. V. Geneesk*, n° 31, 30-7-1932.
- V. GUSSEW : *Zent-f-Chir.*, 1923, 267-269.
- HICKEN : *Arch. of Surg.*, vol. 31, n° 1, Juillet 1935.
- A. E. HIEBERT : *J. Kansas M. Soc.*, 39-45-47, Febr. 1938.
- O. HOCHÉ : *Zent. f. Chir.*, 60-1458-1460, June 24-1933.
- HORTOLOMEI, A. N. POPOVICI et S. CIOMAC : *Rev. de Chir. Bucaresti*, 41-539-543, July-Aug. 1938.
- JAEGER : *Zent. F. Chir.*, 65-2274-2283. 8 Octobre 1938.
- LINDAHL : *St-Thoma's Hosp. Rep.* 1-185-191, 1936.
- LUCKETT : *Ann. Surg.* 1909, L. 605-608.
- MESTER : *Orvosi hetil*, 82-898-901, Sept. 10-1938.
- NIGHTINCALE et BOWDEN : *Brit. S. Surg.*, 22-392-394. Octobre 1934.
- J. PHILIPOWICZ : *Zent. f. Chir.*, 1936, p. 799.
- ROPKE : *Zent. f. Chir.*, 1927, n° 34.
- St. WALLACE : *The Brit. J. of Surg.*, n° 88, Avri 1935.
- VERAART : *Nederl. Tijdscher. V. Geneesk*, 1932, 76, p. 2393.
- H. ZINYA ZONURALP : *Ann. dolu. klinig (Istambul)*, 5-144-145, 1937.
- F. H. A. WALKER : *Royal BerZshire Hosp. Rep.*, 1937, p. 95-98, 1938.

Conclusions

1. Le phagédénisme cutané post-opératoire est une complication se produisant à la suite d'opération sur l'abdomen ou le thorax dans la grande majorité des cas.

Les cas de phagédénisme, à la suite d'opération sur l'abdomen, sont, de beaucoup, les plus nombreux.

2. Le phagédénisme cutané post-opératoire, survient toujours après des opérations en milieu septique ; le plus souvent appendicite gangréneuse ou perforée, ou, encore, pleurésie purulente.

3. Cette affection n'est connue que depuis peu de temps. C'est en effet CULLEN, auteur américain qui en fit la première description clinique en 1924. Dans ce travail, nous avons rapporté 70 cas. Il en existe, pour le moment, une centaine dans la littérature.

4. Le phagédénisme cutané post-opératoire est une maladie autonome, ayant des caractères bien définis. Il n'atteint que le tissu sous-cutané et ne s'étend pas en profondeur. Il ne s'accompagne, pour ainsi dire pas, de température et progresse, irrémédiablement, atteignant des dimensions énormes, si l'on n'intervient pas d'urgence.

5. Le diagnostic est facile lorsque l'on connaît l'affection.

Le plus délicat, à éliminer, sera le diagnostic de l'amibiase cutanée. Là encore l'examen bactériologique et le traitement éméthinique trancheront la question.

L'anatomie pathologique ne montre que des lésions ayant les caractères d'une « inflammation aiguë banale ».

6. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'existence d'une nécrose microbienne, encore que les germes invoqués puissent varier d'un cas à l'autre. Mais ne s'agirait-il pas, simplement, d'un phénomène d'hypersensibilité analogue à celui d'ARTHUS ?

Le pronostic est très sombre, si l'on n'intervient pas, chirurgicalement et sans retard. Au contraire, si l'exérèse est pratiquée assez tôt, l'état du malade remonte assez rapidement et, en plus ou moins de temps, on obtient une guérison complète.

8. Le seul traitement, pour le moment, est l'exérèse large en tissu sain au « bistouri électrique » ; celui-ci est l'instrument idéal : il évite l'essaimage microbien et les hémorragies, inconvénients du bistouri simple.

Pour hâter la guérison, on emploiera des greffes, type OLLIER-THIERSCH, le plus souvent.

Table des Matières

	PAGES
Justification du titre	15
Historique	21
Plan	25
Anatomie Pathologique	27
La Clinique	31
Pathogénie	43
Pronostic	49
Traitement	53
Observations :	
<i>A</i>	59
<i>B</i>	62
<i>Opérations sur le thorax</i>	65
<i>Opérations sur l'abdomen</i>	73
<i>Autres cas</i>	95
Bibliographie supplémentaire	99
Conclusions	101

Vu :

Le Président de thèse
H. COSTANTINI

Vu :

POUR LE DOYEN ET PAR ORDRE,
L'Assesseur :
H. COSTANTINI

Vu et permis d'imprimer,
Alger, le 11 juin 1939

Le Recteur :
Louis GERVET

